

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною
участю
«Суспільство і медицина: діалог в умовах
євроінтеграції»

(М. Полтава, 1-2 ЖОВТНЯ 2015 року)

УДК: 617.7:378.14

Безкоровайна І.М., Ряднова В.В., Воскресенська Л.К., Наконечний Д.О.

**ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ АКОМОДАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ У СТУДЕНТІВ
МЕДИЧНОГО ВУЗУ НА ФОНІ КОМП'ЮТЕРНОГО НАВАНТАЖЕННЯ**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Україна, м. Полтава

В статті представлені результати обстеження 145 студентів у віці від 19 до 26 років. Залежно від виду клінічної рефракції вони були поділені на чотири групи. Студентам надавалося комп'ютерне навантаження, щонайменше 3 години на день протягом 1 тижня. Після комп'ютерного навантаження резерв відносної акомодатії знизився у 71% випадків (104 пацієнтів), більш виражено в групах з гіперметропією та астигматизмом у 100% та 91% обстежуваних відповідно і менше – в групах з міопією та еметропією у 53% випадків та 47% випадків відповідно. Після курсу акомодотренінгу з використанням стимулятора зору «BREEZE» показники резерву відносної акомодатії зросли в групах студентів з еметропією, міопією та астигматизмом, окрім змішаного – у середньому на $3,4 \pm 0,1D$ ($p < 0,01$); $3,2 \pm 0,01D$ ($p < 0,01$) та $2,3 \pm 0,1D$ ($p < 0,01$) відповідно, не змінилися – в групі з гіперметропією. А після курсу з використанням апарату «Ручеек» в поєднанні з комплексом очних вправ у більшій мірі в групах студентів з еметропією – на $2,7 \pm 0,09D$ ($p < 0,01$), з міопією – на $2,0 \pm 0,04D$ ($p < 0,05$) і в меншій мірі в групі з астигматизмом, окрім змішаного – на $1,3 \pm 0,01$ ($p > 0,05$) та при гіперметропії – на $0,4 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$).

Ключові слова: студенти, комп'ютерне навантаження, резерви акомодатії, аномалії рефракції.

Сучасне дозвілля студентів неможливо уявити без комп'ютерів та різних мобільних засобів комунікації, екрани яких створюють складні умови сприйняття для зорової системи, що пов'язано зі способом формування зображення (дискретне, а не безперервне, як на паперовому носії) і його характером [6]. Читання інформації викликає напруження очних м'язів, так як відстань від екрану до очей постійно залишається стало малою і акомодатійні м'язи перебувають у постійній напрузі.

Згідно даних НДІ очних хвороб РАН близько 85% людей у найбільш працездатному віці (14 – 45 років) нехтують правилами зорової ергономіки, внаслідок чого 55% з них набувають патологію зору, в більшості випадків викликану порушенням акомодатійної функції.

Порушення резервів акомодатії, особливо у студентському періоді навчання – одна з найактуальніших проблем офтальмології, так як є основною передумовою зорових розладів у молодих людей [5].

Нашими попередніми дослідженнями

підтверджено залежність зниження резервів акомодатії від типу клінічної рефракції на фоні комп'ютерного навантаження [3,4]. Однак широкі маси населення не отримують рекомендацій щодо правильних режимів зорової роботи з комп'ютерами та інформації про реабілітацію порушень акомодатійної функції.

В широкій клінічній практиці для лікування використовуються: масаж, комплекси вправ для очей, інстиляція лікувальних засобів, оптико-рефлекторні тренування акомодатії, електро- і рефлексотерапія та апаратні методи. Вони нормалізують або покращують стан акомодатії та гемодинаміки і тим самим запобігають або гальмують розвиток аномалій рефракції [11,12]. Контроль за відновленням резервів акомодатії є одним з ключових патогенетичних моментів у лікуванні аметропій [10].

Мета роботи

Порівняти ефективність лікування патології резервів акомодатії, виниклої на фоні комп'ютерного навантаження при використанні апаратних методів.

Матеріал та методи

В умовах кафедри офтальмології ВДНЗУ «УМСА» та центру оптичної реабілітації «ОКТАР» було обстежено 145 студентів-добровольців (290 очей) у віці від 19 до 26 років, у середньому $23 \pm 1,4$ роки. Залежно від виду клінічної рефракції вони були поділені на чотири групи. Першу групу склали 34 пацієнти (68 очей) з еметропічною рефракцією, другу групу – 41 пацієнт (82 очей) з міопією слабкого ступеня (від $-0,5\text{Д}$ до $-1,5\text{Д}$, у середньому $-0,95 \pm 0,31\text{Д}$). У третю групу увійшли 37 пацієнтів (74 очей) з гіперметропією слабкого ступеня (від $+0,5\text{Д}$ до $+1,5\text{Д}$, у середньому $+0,91 \pm 0,25\text{Д}$), а у четверту групу – 33 пацієнти (66 очей) з астигматизмом (від $\pm 1,0\text{Д}$ до $\pm 1,5\text{Д}$, у середньому $\pm 1,11 \pm 0,14\text{Д}$), серед них 23 випадки простого, 8 випадків складного та 2 – змішаного астигматизму. Вибрана нами рефракція (не більше $\pm 1,5\text{Д}$ на висоті циклоплегії), за даними літератури, є максимальною, яка може бути компенсована напругою акомодативної і зовнішніх прямих м'язів ока [8].

Обстеження включало: візометрію, рефрактометрію, визначення найближчої точки ясного зору, визначення резервів абсолютної акомодативної за методикою Дашевського, визначення негативної частини і резерву відносної акомодативної, визначення обсягу відносної акомодативної. В якості комп'ютерного навантаження надавалася робота за комп'ютером або гаджетом, щонайменше 3 години в день протягом 1 тижня.

Пацієнтам кожної групи з метою лікування патології резервів акомодативної, виниклої на фоні комп'ютерного навантаження, почергово проводилися: курс акомодотренінгу з використанням стимулятора зору «BREEZE», курс комп'ютерного аутотренінгу з використанням програми «Relax!», курс акомодотренінгу з використанням апарату «Ручеек» та комплекс тренувальних вправ для очей за методикою С.Э. Аветисова.

Кожен курс лікування включав в себе 10 сеансів (протягом двох тижнів, з перервою на два вихідні дні).

Результати та їх обговорення

Студенти з аномаліями рефракції в 51% випадків (74 пацієнти) віддавали перевагу контактній корекції. Стаж носіння контактних лінз склав від 2 місяців до 3 років. Ці студенти в 97% випадків (72 пацієнти) віддавали перевагу м'яким контактним лінзам і лише студенти з простим міопічним астигматизмом використовували нічну корекцію рефракції за допомогою газопроникних полімерних лінз зворотної геометрії.

Корекцію аномалій рефракції окулярами застосовували у 23% випадків (33 пацієнтів).

Серед обстежуваних, що мали патологію рефракції, не користувалися корекцією при міопії

слабкого ступеня в 24% випадків (10 пацієнтів), при гіперметропії слабкого ступеня в 43% випадків (16 пацієнтів), а при наявності астигматизму (до $\pm 1,5\text{Д}$) у 36% випадків (12 пацієнтів).

У студентів після значного комп'ютерного навантаження на протязі 1 тижня у 68% випадків (99 пацієнтів) відмічалися такі суб'єктивні прояви астенопії, а саме: втомлюваність очей, біль в очних яблуках, головний біль, розпливчастість тексту. Серед них при еметропічній рефракції у 56% випадків (19 пацієнтів), при міопічній рефракції слабкого ступеня у 44% випадків (18 пацієнтів), при гіперметропічній рефракції слабкого ступеня у 92% випадків (34 пацієнти), при астигматизмі (до $\pm 1,5\text{Д}$) у 85% випадків (28 пацієнтів).

Після проведеного курсу акомодотренінгу з використанням стимулятора зору «BREEZE» прояви астенопії зменшилися у 44% випадків (64 пацієнтів), після курсу комп'ютерного аутотренінгу з використанням програми «Relax!» – у 9% випадків (13 пацієнтів). Після курсу акомодотренінгу з використанням апарату «Ручеек» у 24% випадків (35 пацієнтів), а після комплексу тренувальних вправ для очей за методикою С.Э. Аветисова – у 28% випадків (41 пацієнт). Суб'єктивні прояви астенопії більшою мірою зменшилися у групах студентів з еметропічною та міопічною рефракціями, а меншою – у групах з гіперметропією та астигматизмом.

Також у дослідженні виявлено, що після комп'ютерного навантаження резерв відносної акомодативної знизився у 71% випадків (104 пацієнти), більш виражено в групах з гіперметропією та астигматизмом у 100% (37 пацієнтів) та 91% (30 пацієнтів) обстежуваних відповідно і менше – в групах з міопією та еметропією у 53% випадків (21 пацієнт) та 47% випадків (16 пацієнтів) відповідно.

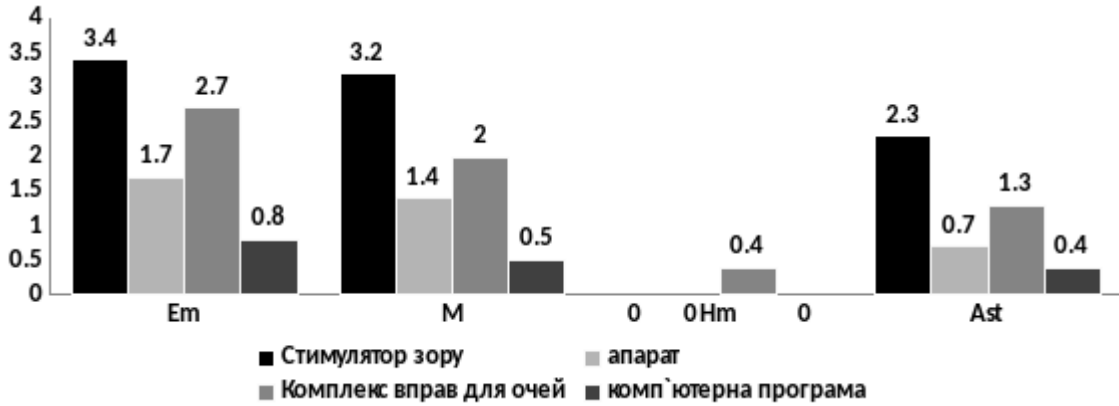
В результаті лікування покращились показники частини акомодативної, що залишається в запасі під час зорової роботи (мал.1). Так, показники резерву відносної акомодативної після курсу акомодотренінгу з використанням стимулятора зору «BREEZE» зросли в групах студентів з еметропією, міопією та астигматизмом, окрім змішаного – у середньому на $3,4 \pm 0,1\text{Д}$ ($p < 0,01$); $3,2 \pm 0,01\text{Д}$ ($p < 0,01$) та $2,3 \pm 0,1\text{Д}$ ($p < 0,01$) відповідно, не змінилися – в групі з гіперметропією.

Показники резерву відносної акомодативної після курсу з використанням комп'ютерного аутотренінгу програми «Relax!» зросли в групах студентів з еметропією – на $0,8 \pm 0,02\text{Д}$ ($p > 0,05$), з міопією – на $0,5 \pm 0,01\text{Д}$ ($p > 0,05$) та з астигматизмом, окрім змішаного – на $0,2 \pm 0,01\text{Д}$ ($p > 0,05$). При гіперметропії показники резерву відносної акомодативної – не змінилися.

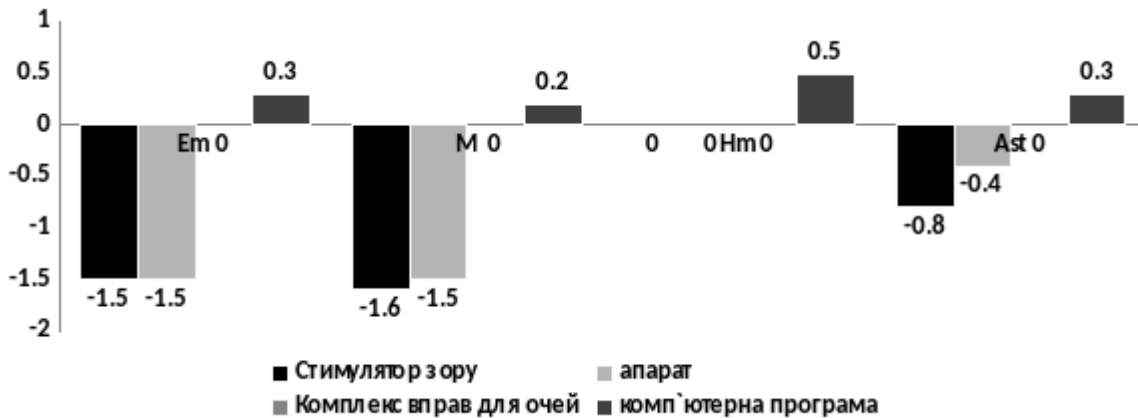
Після курсу з використанням апарату «Ручеек» показники резерву відносної

акомодації зросли в більшій мірі у групі студентів з еметропією – на $1,7 \pm 0,01D$ ($p < 0,05$), та в меншій мірі в групах з міопією – на $1,4 \pm 0,03D$ ($p > 0,05$) та з астигматизмом, окрім змішаного – на $1,3 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$). При гіперметропії показники резерву відносної акомодації не змінилися.

А після комплексу вправ для очей показники резерву відносної акомодації зросли в більшій мірі у групах студентів з еметропією – на $2,7 \pm 0,09D$ ($p < 0,01$), з міопією – на $2,0 \pm 0,04D$ ($p < 0,05$) і в меншій мірі в групі з астигматизмом, окрім змішаного – на $1,3 \pm 0,01$ ($p > 0,05$) та при гіперметропії – на $0,4 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$).



Мал. 1. Зміна показників резерву відносної акомодації в залежності від методу лікування.



Мал. 2. Зміна показників негативної частини відносної акомодації в залежності від методу лікування.

Також у результаті лікування змінилися показники витраченої під час зорової роботи частини акомодації (мал.2).

Показники негативної частини відносної акомодації після курсу акомодотренінгу з використанням стимулятора зору «BREEZE» зменшилися в групах студентів з еметропією, міопією та астигматизмом, окрім змішаного – у середньому на $1,5 \pm 0,01D$ ($p < 0,05$); $1,6 \pm 0,02D$ ($p < 0,05$) та $0,8 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$) відповідно, не змінилися – в групі з гіперметропією.

Після курсу з використанням апарату «Ручеек» показники негативної частини відносної акомодації змінювалися в подібному режимі: зменшилися в групах студентів з еметропією – на $1,5 \pm 0,02D$ ($p < 0,05$), з міопією – на $1,5 \pm 0,04D$ ($p < 0,05$) та з астигматизмом, окрім змішаного – на $0,4 \pm 0,1D$ ($p > 0,05$). При гіперметропії показники негативної частини відносної акомодації – не змінилися.

Після комплексу вправ для очей показники негативної частини відносної акомодації не

змінилися у всіх групах спостереження.

Натомість зафіксовано ріст показників негативної частини відносної акомодації після курсу з використанням комп'ютерного аутотренінгу програми «Relax!» в групах студентів з гіперметропією – на $0,5 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$), еметропією – на $0,3 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$), з астигматизмом, окрім змішаного – на $0,3 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$), та міопією – на $0,2 \pm 0,02D$, ($p > 0,05$).

Висновки

1. Таким чином, результати оцінки підвищення резервів акомодації при застосуванні різних апаратних методів у студентів на фоні комп'ютерного навантаження свідчать про достовірну клінічну ефективність стимулятора зору «BREEZE» при еметропії, міопії й астигматизмі, апарату «Ручеек» в поєднанні з комплексом очних вправ – при еметропії.

2. Застосування аутотренінгу з програмою «Relax!» після комп'ютерного навантаження патогенетично необґрунтовано, внаслідок

незначного росту резервів відносної акомодатції та підвищення показників негативної частини відносної акомодатції.

3. При гіперметропії покращення функції акомодатції після сеансу акомодотренінгу з використанням апаратних методів не відбувається.

Перспективи подальших досліджень

Виявлення порушень акомодатційної функції в студентській когорті потребує рекомендацій щодо оптимальних режимів зорової роботи. Перспективною є розробка патогенетично орієнтованих методів лікування та пошук ефективних методів профілактики акомодатційної дисфункції.

Література

1. Аветисов Э.С. Методика клинического комплексного исследования аккомодации : Метод. рек. / Э.С. Аветисов, С.Л. Шаповалов. – Москва, 1976. – С. 10.
2. Аветисов Э.С. Современные подходы к коррекции рефракционных нарушений / Э.С. Аветисов // Вестн. офтальмол. – 2006. – № 1. – С. 3-8.
3. Безкоровайна І.М. Вплив патології рефракції на зміни резервів акомодатції / І.М. Безкоровайна, Д.О. Наконечний // Український науково-медичний молодіжний журнал : Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції «Спеціальні питання діагностики та лікування захворювань ЛОР-органів, краніофасіальної ділянки та органу зору». – Київ, 2014. – С. 75.
4. Безкоровайна І.М. Вплив комп'ютерного навантаження на зміни резервів акомодатції при різних видах клінічної рефракції / І.М. Безкоровайна, Д.О. Наконечний // Матеріали Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2014-2015 навчальному році в галузі наук «Клінічна медицина». – Чернівці, 2015. – С. 42-43.
5. Катаргина Л.А. Медико-социальное значение нарушений аккомодации / Л.А. Катаргина, Е.П. Тарутта // Акомодация Руководство для врачей ; Под ред. Катаргиной Л.А. – Москва, 2012. – С. 9-1.
6. Кочина М.П. Результаты оценки функционального состояния пользователей информационных технологий с использованием факторных моделей / М.П. Кочина, Н.П. Полетова // Світ медицини та біології. – 2009. – № 4. – С. 123-127.
7. Проскурина О.В. Исследование аккомодации возрастные нормы / О.В. Проскурина, С.Ю. Голубев, Е.Ю. Маркова // Акомодация Руководство для врачей ; Под ред. Л.А. Катаргиной. – Москва, 2012. – С. 40-74.
8. Сергієнко М.М. Исследование патогенетических механизмов ослабления аккомодативной функции при гиперметропии / М.М. Сергієнко, О.С. Даниленко // Офтальмологический журнал. – 1997. – № 4. – С. 269-272.
9. Сомов Е.Е. Зрительные и иные нарушения у пользователей персональных компьютеров: Клиническая офтальмология / Е.Е. Сомов. – М. : Мед. пресс-информ, 2012. – С. 389-396.

Реферат

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ АККОМОДАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА ФОНЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАГРУЗКИ

Безкоровайная И. Н., Ряднова В.В., Воскресенская Л.К., Наконечный Д.О.

Ключевые слова: студенты, компьютерная нагрузка, резервы аккомодации, аномалии рефракции.

В статье представлены результаты обследования 145 студентов в возрасте от 19 до 26 лет. В зависимости от вида клинической рефракции они были разделены на четыре группы. Студентам предоставлялась компьютерная нагрузка, по меньшей мере 3 часа в день в течение 1 недели. После компьютерной нагрузки резерв относительной аккомодации снизился в 71% случаев (104 пациентов), более выражено в группах с гиперметропией и астигматизмом в 100% и 91% обследуемых соответственно и меньше – в группах с миопией и эмметропией в 53% случаев и 47% случаев соответственно. После курса акомодотренинга с использованием стимулятора зрения «BREEZE» показатели резерва относительной аккомодации выросли в группах студентов с эмметропией, миопией и астигматизмом, кроме смешанного – в среднем на $3,4 \pm 0,1\text{Д}$ ($p < 0,01$); $3,2 \pm 0,01\text{Д}$ ($p < 0,01$) и $2,3 \pm 0,1\text{Д}$ ($p < 0,01$) соответственно, не изменились – в группе с гиперметропией. А после курса с использованием аппарата «Ручеек» в сочетании с комплексом глазных упражнений в большей степени в группах студентов с эмметропией – на $2,7 \pm 0,09\text{Д}$ ($p < 0,01$), с миопией – на $2,0 \pm 0,04\text{Д}$ ($p < 0,05$) и в меньшей степени в группе с астигматизмом, кроме смешанного – на $1,3 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) и

10. Тарутта Е.П. Комплексное функциональное лечение зрительного компьютерного синдрома / Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина, Н.Ю. Кушнаревич [и др.] // Научно-практическая конференция «Российский общенациональный офтальмологический форум»: Сб. научн. тр. – М., 2009. – Т. 1. – С. 375-379.
11. Тарутта Е.П. Функциональное лечение / Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина, Н.А. Тарасова // Акомодация Руководство для врачей ; Под ред. Катаргиной Л.А. Москва, 2012. – С. 110-119.
12. Терлецька О.Ю. Ефективність нового методу фосфофенелтропунктури у лікуванні хворих із акомодатційною дисфункцією : автореферат / О.Ю. Терлецька. – Одеса, 2005.

References

1. Avetisov E.S. Metodika klinicheskogo kompleksnogo issledovaniya akkomodatsii : Metod. rek. / E.S. Avetisov, S.L. Shapovalov. – Moskva, 1976. – S. 10.
2. Avetisov E.S. Sovremennyye podkhody k korrektsii refraktsionnykh narusheniy / E.S. Avetisov // Vestn.oftal'mol. – 2006. – № 1. – S. 3-8.
3. Bezkorovayna I.M. Vplyv patolohiy refraktsiyi na zminy rezerviv akomodatsiyi / I.M. Bezkorovayna, D.O. Nakonechnyy // Ukrayins'kyy naukovy-medychnyy molodizhnyy zhurnal : Materialy VI Mizhnarodnoyi naukovy-praktychnoyi konferentsiyi «Spetsial'ni pytannya diahnozyky ta likuvannya zahvoryuvan' LOR-orhaniv, kraniofatsial'noyi diilyanky ta orhanu zoru». – Kyiv, 2014. – S. 75.
4. Bezkorovayna I.M. Vplyv komp'yuternoho navantazhennya na zminy rezerviv akomodatsiyi pry ryznykh vyдах klinichnoyi refraktsiyi / I.M. Bezkorovayna, D.O. Nakonechnyy // Materialy Vseukrayins'koho konkursu student-s'kykh naukovykh robit z pryrodnychyykh, tekhnichnykh ta humanitarnykh nauk u 2014-2015 navchal'nomu rotsi v haluzi nauk «Klinichna medytsyna». – Chernivtsi, 2015. – S. 42-43.
5. Katargina L.A. Mediko-sotsial'noye znacheniye narusheniya akkomodatsii / L.A. Katargina, Ye.P. Tarutta // Akomodatsiya Rukovodstvo dlya vrachey ; Pod red. Katargenoy L.A. – Moskva, 2012. – S. 9-1.
6. Kochina M.P. Rezul'taty otsenki funktsional'nogo sostoyaniya pol'zovateley informatsionnykh tekhnologiy s ispol'zovaniyem faktornykh modeley / M.P. Kochina, N.P. Poletova // Svnt meditsini ta bhologii. – 2009. – № 4. – S. 123-127.
7. Proskurina O.V. Issledovaniye akkomodatsii vozrastnyye normy / O.V. Proskurina, S.YU. Golubev, Ye.YU. Markova // Akomodatsiya Rukovodstvo dlya vrachey ; Pod red. L.A. Katargenoy. – Moskva, 2012. – S. 40-74.
8. Serghienko M.M. Issledovaniye patogeneticheskikh mekhanizmov oslableniya akkomodativnoy funktsii pri gipermetropii / M.M. Serghienko, O.S. Danilenko // Oftalmologicheskyy zhurnal. – 1997. – № 4. – S. 269-272.
9. Somov Ye.Ye. Zritel'nyye i inyye narusheniya u pol'zovateley personal'nykh komp'yutero: Klinicheskaya oftal'mologiya / Ye.Ye. Somov. – M. : Med. press-inform, 2012. – S. 389-396.
10. Tarutta Ye.P. Kompleksnoye funktsional'noye lecheniye zritel'nogo komp'yuternogo sindroma / Ye.P. Tarutta, Ye.N. Iomdina, N.YU. Kushnarevich [i dr.] // Nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Rossiyskiy obshchenatsional'nyy oftal'mologicheskyy forum»: Sb. nauchn. tr. – M., 2009. – T. 1. – S. 375-379.
11. Tarutta Ye.P. Funktsional'noye lecheniye / Ye.P. Tarutta, Ye.N. Iomdina, N.A. Tarasova // Akomodatsiya Rukovodstvo dlya vrachey ; Pod red. Katargenoy L.A. Moskva, 2012. – S. 110-119.
12. Terlets'ka O.YU. Efektyvnist' novoho metodu fosfofenelektropunktury u likuvanni khvorykh iz akomodatsiynoyu dysfunktsiyeyu : avtoreferat / O.YU. Terlets'ka. – Odesa, 2005.

при гиперметропии – на $0,4 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$).

Summary

TREATMENT OF ACCOMMODATIVE PROBLEMS IN MEDICAL STUDENTS RELATED TO COMPUTER OVERUSE

Bezkorovaina I. N., Ryadnova V.V., Voskresenska L.K., Nakonechny D.O.

Key words: students, computer overuse, accommodation reserve, refractive errors.

The article presents the results of a survey of 145 students aged between 19 and 26 years. Depending on the type of clinical refraction they were divided into four groups. Students were subjected to computer load of at least 3 hours per day for 1 week. After using computer the reserve of relative accommodation declined in 71% of cases (104 patients), and was more pronounced in the groups with hyperopia and astigmatism in 100% and in 91% of the test subjects respectively and less marked in the groups with myopia and emmetropia, in 53% of cases and 47% of cases respectively. After the completion of the accommodation exercises course by using «BREEZE» vision stimulating apparatus, the parameters of relative accommodation reserve increased in the groups of the students with emmetropia, myopia and astigmatism, except of mixed, on the average by $3,4 \pm 0,1D$ ($p < 0,01$); $3,2 \pm 0,01D$ ($p < 0,01$) and $2,3 \pm 0,1D$ ($p < 0,01$) respectively, the parameters were observed as unchanged in the group with hypermetropia. After the course of therapy by the apparatus "Rucheek" in combination with a set of eye exercises the parameters changed to a greater extent in the groups of students with emmetropia, to $2,7 \pm 0,09D$ ($p < 0,01$), with myopia to $2,0 \pm 0,04D$ ($p < 0,05$) and to a lesser degree in the group with astigmatism and hyperopia, to $0,4 \pm 0,01D$ ($p > 0,05$).

УДК 371.71+613.865:313(083.41)+616-084

Боброва Н.О., Ананьєва М.М., Звягольська І.М., Басараб Я.О., Лобань Г.А.

СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕС НАВЧАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Аналіз сучасного стану здоров'я населення України свідчить про реальну загрозу життю людей. Особливе занепокоєння викликає здоров'я молоді – майже 90% якої мають відхилення фізичних показників здоров'я. Метою дослідження є аналіз способу життя студентів, виявлення факторів та причини, які впливають на погіршення стану здоров'я студентів. Розроблено анкету, питання якої детально відображають ставлення студентів до здорового способу життя, дозволяють критично оцінити свій спосіб життя, висловити свої побажання стосовно оздоровчих заходів. Проведено аналіз опитування 523 осіб віком 18-20 років (216 юнаків та 307 дівчат). Встановлено, що основними чинниками, які впливають на якість навчання студентів, є виснаженість та «синдром хронічної втоми», стрес в умовах навчання, порушення режиму харчування. Таким чином, проведене дослідження дає змогу повернути увагу студентської молоді до проблеми здорового способу життя та знайти шляхи покращення успішності навчання і зміцнення здоров'я студентів.

Ключові слова: студенти, здоровий спосіб життя, стан здоров'я, чинники ризику, профілактика, якість навчання, анкетування.

Вступ

У проекті Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. оголошено низку принципів позицій та ціннісних орієнтирів у ставленні до здоров'я: «...Відповідальність за здоров'я – це у першу чергу індивідуальна відповідальність. Держава може забезпечити тільки популяційні інтервенції... . Однак вона не може забезпечити індивідуальне здоров'я. Здоров'я – це невід'ємне людське право. Ним розпоряджається людина...» [1]. Тобто, стан здоров'я людини залежить не тільки від зовнішніх умов – соціальних і економічних факторів довкілля, а у першу чергу від його власного ставлення до свого здоров'я.

Аналіз сучасного стану здоров'я населення України свідчить про реальну загрозу життю людей. Свідченням про це є загальна і демографічна ситуація в Україні, яка характеризується високим рівнем смертності. Особливе занепокоєння викликає здоров'я

молоді, майже 90% якої мають відхилення фізичних показників здоров'я [2-4].

«Бережи здоров'я змолоду...» – цей вислів протягом століть повинен бути програмою збереження життя, важливою умовою оздоровлення суспільства. Сучасна молодь досить легковажно ставиться до стану свого здоров'я, не усвідомлює переваги ведіння здорового способу життя, нехтує багатьма загрозами, а деякі звички взагалі не вважає шкідливими [5,6]. Студенти медичних вузів, як майбутні лікарі, з найбільшою мірою відповідальності повинні усвідомлювати важливість проблеми збереження здоров'я і починати вони повинні, у першу чергу, з самих себе. Мотивацією до здорового способу життя (ЗСЖ) у студентів-медиків у процесі навчання є формування їх готовності до організації здорової життєдіяльності у подальшій професійній сфері. Коли під час занять на клінічних кафедрах, проходження практики у лікувальних закладах при спілкуванні з хворими студенти бачать